

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

N° 879

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre DEVRAIGNE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 1^{er} Janvier 1913, à Paris (Seine).

De l'Emphysème sous-cutané
chez la parturiente

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre DEVRAIGNE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 1^{er} Janvier 1913, à Paris (Seine).

De l'Emphysème sous-cutané
chez la parturiente

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS
AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		POLONOVSKI.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		MONDOR.
Anatomie pathologique		LEROUX.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		CHIRAY.
Clinique médicale		LOEPER.
		CARNOT.
		CLERC.
		Marcel LABBE.
		LEREBOULLET.
		NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance		H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants		GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux		CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses		GOSSET.
Clinique chirurgicale		GREGOIRE.
		LENORMANT.
Clinique ophtalmologique		TERRIEN.
Clinique urologique		CHEVASSU.
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE.
		JEANNIN.
		LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique		MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale		RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique		LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique		Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose		TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		MATHIEU.
Clinique de cardiologie		LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie		Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale		N...
Professeurs sans chaire		HAZARD.
		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		SANNIE.
		VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES, Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.

MM.	
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MÈNEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULÉ.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL.	
LERY-RADOT.	
SÉZARY.	

MM.	
BASSET.	Clinique chirurgicale
BROcq.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUÉNU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MÈRE ET A MA FEMME

A MON PÈRE, LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière.

Chargé de cours de clinique annexe.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

A qui je dois tout dans ma carrière médicale et qui dans ces moments pénibles m'a inspiré et facilité ce travail.

Je ferai tout mon possible dans la vie militaire et civile pour être digne de lui.

A MA SŒUR

A MON PARRAIN

M. GEORGES MENDLING

*Qui a toujours été pour moi un second
père.*

AU DOCTEUR H. DUCLAUX A. I. H. P.

*Qui est à la base de ma carrière mé-
dicale.*

in memoriam.

A MES BEAUX-PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui m'a fait le grand honneur de présider ma thèse. Qu'il soit assuré de ma profonde reconnaissance.

A MON CHER PATRON
LE PROFESSEUR HENRI ROUVIERE

*Qui a guidé mes premiers pas dans la
Faculté de Médecine.*

A MES MAÎTRES DANS LES STAGES DES HÔPITAUX
DE PARIS

LE PROFESSEUR B. CUNEO, de l'Académie de Médecine

LE PROFESSEUR P. CARNOT, de l'Académie de Médecine

LE DOCTEUR HALBRON, Médecin de l'Hôtel-Dieu

LE DOCTEUR CADENAT, Professeur Agrégé, Chirurgien de Lariboisière

LE DOCTEUR CATHALA, Professeur Agrégé, Médecin de Trousseau

LE DOCTEUR HERCHER, Médecin honoraire de Lariboisière.

A MES MAÎTRES DANS L'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. MONDOR

Chirurgien de l'Hôpital Bichat.

Qu'il veuille bien accepter tous mes remerciements pour les merveilleuses leçons de Clinique Chirurgicale que j'ai reçues dans son service de Bichat.

AU DOCTEUR MAURICE DUVOIR

Professeur Agrégé. Médecin de l'Hôpital St-Louis.

Qui fut pendant un an, à St-Louis, un paternel patron.

AU DOCTEUR L. BAZY

Chirurgien de l'Hôpital St-Louis.

Grâce à qui j'ai vécu les premiers jours de guerre avec un merveilleux moral.

A SON ASSISTANT

LE DOCTEUR SYLVAIN BLONDIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Qui fut toujours non seulement un jeune et grand patron mais un grand ami.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVY SOLAL

Accoucheur de l'Hôpital St-Antoine.

AU DOCTEUR PORTES

Accoucheur de l'Hôpital Bichat.

Professeur Agrégé.

*Qui m'a fait le grand honneur de m'ac-
cueillir comme un fils.*

AU DOCTEUR J. C. BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

*Qui m'a toujours témoigné une grande
affection.*

AUX DOCTEURS

RAVINA, LACOMME, Professeur Agrégé, SUZOR,

LEPAGE, SEGUY, M. MAYER, Accoucheurs des

Hôpitaux de Paris

AU DOCTEUR G. SAUPHAR A. I. H. P.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT R. DAUNAY

A MON MAÎTRE ET AMI, LE DOCTEUR CARREZ A. I. H. P.

*Le meilleur des conférenciers et à qui je
dois mon titre d'Externe, qu'il soit sûr de
toute mon amitié.*

A MES MAÎTRES DE CONFÉRENCE

LES DOCTEURS :

LENEGRE, Médecin des Hôpitaux de Paris

L. DAVID

DERIEUX

P. LANCE

MATTE

SIGUIER

A MES CAMARADES DE CONFÉRENCES

A MES ONCLES ET TANTES et en particulier

A MON ONCLE P. BOMATIAUD

qui à 49 ans, part comme Commandant,
Chef de Bataillon au 321^e Régiment d'Infanterie

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MES COUSINS

A MADemoiselle RENÉE SINGER

*Qui a eu la grande amitié de bien vouloir
dactylographier ma thèse en cette période
de guerre.*

DE L'EMPHYSEME SOUS-CUTANE CHEZ LA PARTURIENTE

Dans ce travail nous laisserons de côté systématiquement l'emphysème qui peut provenir soit d'une infection anaérobique, soit d'une rupture utérine. Nous aurons seulement en vue une de ces complications rares que l'on observe pendant et après la période d'expulsion et qui consiste en un emphysème localisé aux segments de la face, du cou et du thorax.

Il a été décrit par DEPAUL, ROCHE, MACÉ, KOSMAK et NICAISE qui a pu en rapporter 77 observations à l'Académie de Médecine en 1896. Nous avons été beaucoup moins heureux que cet auteur puisque à part notre observation personnelle, nous n'avons pu dans les bulletins de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris et de Province n'en trouver qu'une dans ces dix dernières années. Nous essaierons d'ailleurs d'interpréter la cause de la rareté de cette complication dans l'obstétrique contemporaine. Le même argument pourrait jouer pour une autre complication rare signalée par KELLER à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg dans la séance du 6 février 1932 sur les « pétéchies » sous-cutanées de la face.

SYMPTOMES

Est-ce à cause de la rareté de l'emphysème sous-cutané chez la parturiente ou à cause de sa bénignité malgré sa symptomatologie impressionnante que les traités lui consacrent une place modeste ? C'est probable.

En effet, dans le *Manuel de l'Accoucheur* de DEMELIN DEVRAIGNE, nous trouvons la description suivante qui cadre d'ailleurs mal avec notre observation :

« La femme se plaint brusquement, au milieu d'une poussée, d'une *douleur vive* dans le thorax et le cou, d'une gêne respiratoire qui s'accroît; l'emphysème apparaît aussitôt au cou, à la face, plus ou moins étendue, sonore à la percussion; on ne peut s'y tromper en le palpant, car on est frappé de la *crépitation neigeuse* que l'on sent sur toute la zone boursouflée. »

BRINDEAU, dans la *Pratique de l'Art des Accouchements* écrit : « les signes de l'emphysème se produisent généralement d'une façon brusque. C'est en effet, au moment de la période d'expulsion, à l'occasion d'un effort, que la femme se plaint d'une douleur vive dans le thorax et le cou : cette douleur s'accompagne de gêne respiratoire. Bientôt apparaît

l'emphysème sous la forme d'un *gonflement* qui débute généralement par la base du cou, puis gagne le tissu cellulaire de la face, principalement où ce tissu est plus lâche (joues, paupières).

Dans certains cas, l'emphysème s'étend au thorax et il peut même se généraliser (DELESALLE) ».

Dans le Manuel de SCHOËDER en 1875, traduit par CHARPENTIER, nous trouvons la courte description suivante : « Lorsque les contractions des muscles abdominaux sont très fortes, il peut se produire une rupture des vésicules pulmonaires et l'on peut voir l'emphysème se produire sur le cou, la face et le thorax. Cet accident se produit surtout chez les primipares : il est reconnaissable au premier coup d'œil à la tuméfaction et à la crépitation caractéristique et, lorsqu'il ne dépasse pas les limites ordinaires, il disparaît spontanément en 5 à 6 jours sans entraîner d'inconvénients. On prévient son extension trop considérable en empêchant la femme de faire des efforts pour pousser et en terminant le plus rapidement possible l'accouchement ». On ne saurait mieux dire.

Dans le Progrès Médical du 8 août 1896, BOUTELLER rapportant une statistique d'accouchements à la campagne cite un cas d'emphysème sous-cutané pendant l'accouchement.

La même année MACÉ, alors interne chez PORAK à la Charité, en a observé un cas qu'il publie. Il le rappelle à la Société d'Obstétrique de Paris le 21 juin 1900 à l'occasion d'une communication de BONNAIRE

et MAURY. « Je me rappelle avoir observé dans le service de M. PORAK, alors que j'étais son interne, un cas d'emphysème sous-cutané généralisé qui se termina aussi par la guérison. Il ne s'agit pas, il est vrai, d'une éclampsie, mais d'une primipare qui, à la suite d'efforts d'expulsion d'intensité moyenne, présente de l'œdème du cou, de la face et de la cage thoracique. Une application de forceps, faite hâtivement, débarrasse la femme de son produit de conception et la malade guérit dans les 15 jours, sans avoir donné de nouvelles alertes. »

Dans la même réunion de la Société d'Obstétrique de Paris, BONNAIRE et MAURY rapportent une observation d'éclampsie « qui a été atteinte d'une complication assez rare, tant au cours de l'accouchement naturel qu'au cours de l'éclampsie. Il s'agit d'un emphysème sous-cutané du cou, des épaules et de la partie supérieure du thorax ». Il s'agissait d'une primigeste en pleines crises d'éclampsie, quand elle entra à la Maternité de Lariboisière le 23 mai 1900. Elle était enceinte de 8 mois et demi, avec un sommet engagé. L'enfant présentait des signes de souffrance : BONNAIRE pratiqua la dilatation extemporanée du col et termina l'accouchement sans délai avec une application de forceps. L'enfant pesait 1870 grammes.

« Aussitôt après l'accouchement, on fut frappé de la distension de la région cervicale antérieure et la palpation pratiquée à ce niveau, donna tout de suite la sensation de crépitation caractéristique de l'em-

physème sous-cutané. Cet emphysème avait envahi les régions sous-tyroïdienne et carotidienne remontant jusqu'à l'angle de la mâchoire. En bas il occupait les régions sus-claviculaires et sterno-costales et pouvait être retrouvé jusqu'à la ligne bimamelonnaire.

La malade s'est rétablie sans encombre et au bout de 17 jours il ne restait plus trace d'emphysème. Le fait seul de l'apparition de cet emphysème sous-cutané comme complication de l'éclampsie et la lenteur de la résorption de cet emphysème nous ont semblé assez intéressante pour attirer l'attention de la Société sur ce petit point de clinique. »

A cette occasion PORAK évoque le cas observé dans son service de la Charité et donne la parole à MACÉ. C'est le cas que nous rappelons plus haut.

Dans la réunion de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Montpellier du 23 février 1939, BATTLE et L. POUS communiquent un cas d'*emphysème sous-cutané*.

« Mme D..., primipare de 20 ans, arrive en travail à la Maternité, le 1^{er} novembre 1938. Le terme, d'après les D. R. en date du 21 janvier, est atteint ce jour même. Aucun antécédent pathologique n'est signalé et la parturiente n'a jamais présenté de lésions pulmonaires, ni d'affection pleurale. Pas de stigmates de spécificité héréditaire ou acquise : les séro-réactions sont négatives dans le sang de la femme et du mari.

Les contractions utérines douloureuses, apparues

le 1^{er} novembre à 3 heures, deviennent fortes et rapprochées à partir de 17 heures. A 18 heures, à son arrivée dans le service, la parturiente présente une dilatation comme 5 francs. A travers les membranes intactes, on perçoit une présentation du sommet engagé en O. I. G. A. A 20 h. 15, dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. La période d'expulsion se prolonge et, malgré de vigoureux efforts, ce n'est qu'à 22 h. 20 que la présentation arrive au couronnement. A ce moment, la parturiente accuse une sensation de *tension dans la joue droite* qui enflé effectivement sous les yeux de la sage-femme. A 22 h. 30, expulsion en O. P. Le dégagement des épaules et du tronc nécessite de fortes tractions en raison de l'existence d'une volumineuse hernie ombilicale. Celle-ci, des dimensions d'un gros poing, laisse paraître la totalité des organes abdominaux, foie et rate compris. L'enfant du sexe féminin, pesant 3.100 gr., crie cependant dès sa naissance, mais meurt peu de temps après.

Le *gonflement de la face* se propage encore du côté droit et *gagne les paupières* qui se ferment : notons que l'accouchée n'a jamais présenté de la *douleur thoracique ni de gêne respiratoire marquée*.

Délivrance naturelle et complète 30 minutes après l'accouchement. Le placenta pèse 520 grammes.

Le lendemain, l'infiltration gazeuse du tissu cellulaire a pour siège la région antérieure du thorax, au-dessus des seins, le cou et le visage, au niveau desquels la *crépitation neigeuse* caractéristique de l'em-

physème est nettement perçue. La bouffissure prédomine néanmoins du côté droit.

Dans les suites de couches, d'ailleurs physiologiques, on assiste à la régression progressive du phénomène et la malade sort guérie le 14^e jour. Seule une crépitation discrète subsiste encore au niveau de la joue droite. »

Les auteurs insistent sur « le seul point intéressant, l'absence de douleur subite dont s'accompagne le plus souvent la rupture vésiculaire, fait qui avait été déjà noté dans le Traité de TARNIER et BUDIN.

OBSERVATION PERSONNELLE (inédite)

Il s'agit d'une femme âgée de 19 ans 1/2, primipare, qui entre à la Maternité de Lariboisière, le 9 septembre 1938, à 10 h. 15. Elle n'a aucun antécédent héréditaire ni pathologique sauf quelques maladies infantiles banales. Pas de passé pulmonaire. Premiers pas à 13 mois, premières règles à 13 ans, toujours régulières et normales. Le procréateur a 18 ans et est bien portant. Les dernières règles sont du début de janvier. Sa gestation a été suivie en ville.

A l'arrivée, on trouve une présentation du sommet en O. I. G. A. bien engagé, avec une dilatation de 5 francs. A 15 h. la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt spontanément. La femme fait des efforts expulsifs pendant une heure, qui ne sont pas exagérés, quand *brusquement* elle présente un *emphysème sous-cutané* au niveau de la *face* et de la *partie supérieure du thorax* avec en plus à la base du cou un petit *piqueté hémorragique*. L'interne, M. COSTA, aussitôt appelé fait, sans anesthésie, un forceps (TARNIER) en O. I. G. A. et dégage facilement en O. P. une fille vivante pesant 2.550 gr. Une légère déchirure du périnée est immédiatement réparée avec deux crins.

La délivrance naturelle et complète se fait trente minutes plus tard. Le placenta normal, pèse 450 grammes.

La *femme*, qui ne s'est rendue compte de rien d'abord, *n'a pas souffert* de l'apparition de cet emphysème : elle ne présente aucune gêne respiratoire. Au palper on sent sur la zone tuméfiée une *crépitation neigeuse* très nette. L'emphysème, d'abord localisé à une partie de la face s'étend bientôt sur tout le visage sauf au front, au nez et au menton. Les joues et les paupières sont boursoufflées : les oreilles œdématisées sont écartées. L'emphysème gagne très rapidement la base du cou et la partie antérieure du thorax jusqu'au troisième es-

pace intercostal; à la partie antérieure du cou, nous le répétons, apparaissent quelques petites taches ecchymotiques. Partout on trouve la crépitation neigeuse bien décrite par les auteurs; nulle part on ne décèle l'ombre de douleur.

La femme qui respire normalement et ne présente rien de particulier à l'auscultation pulmonaire est un peu surprise de ce qui lui arrive et contrôle elle-même cette sensation spéciale dont elle entend parler, de crépitation neigeuse, et s'en amuse puisqu'elle ne souffre pas. Notons en passant que l'emphysème n'atteint pas les épaules et est strictement antérieur : donc rien d'anormal sur les omoplates.

Le lendemain 10 septembre, la crépitation neigeuse existe toujours mais l'emphysème a déjà tendance à diminuer; les paupières sont moins boursoufflées, elle s'entrouvrent facilement et laissent apercevoir de petites ecchymoses sous-conjonctivales : la vue est absolument normale.

Le 12, l'emphysème a diminué mais la crépitation neigeuse persiste, moins nette qu'au début : il n'y a aucun signe fonctionnel, ni physique du côté du médiastin. Les ecchymoses sous-conjonctivales n'ont pas rétrocedé mais ne troubles pas la vision.

Le 13, régression progressive de l'emphysème mais persistance de la crépitation neigeuse. La femme qui ne fait pas de température allaite son enfant.

Le 16, la crépitation neigeuse a disparu du visage mais persiste à la partie supérieure du thorax. Le piqueté hémorragique du cou et les ecchymoses sous-conjonctivales pâlisent mais sont encore visibles.

Le 17, l'emphysème a disparu complètement et naturellement la crépitation neigeuse n'existe plus. Seules persistent encore les ecchymoses sous-conjonctivales. L'enfant a regagné son poids de naissance. La femme, se sentant tout à fait bien, quitte le service en bon état.

Cette observation nous a paru intéressante et digne d'être publiée. En effet dans le cas apporté par BATTLE et POUSSILLY il s'agit aussi d'une primipare, sans antécédents pulmonaires. Dans les deux cas, l'emphysème est apparu brusquement au visage, mais sans la douleur subite et la gêne respiratoire si-

gnalées par les auteurs qui ont peut-être observé des cas plus dramatiques, en apparence, puisque la lésion semble bien bénigne.

Par contre la cliente des auteurs de Montpellier a poussé un peu plus de deux heures : son enfant d'un poids normal présentant une volumineuse hernie ombilicale a nécessité une extraction pénible, pendant laquelle la femme a dû faire des efforts d'expulsion plus violents. La nôtre, au contraire, était un peu avant terme : son enfant petit puisqu'il ne pesait que 2.550 gr. ne provoquait pas de douleurs d'expulsion anormales; il y avait à peine une heure que la femme poussait quand l'emphysème a fait son apparition et a nécessité une facile application de forceps. Dans les deux cas les paupières ont été boursoufflées au point de se fermer; mais notre femme a présenté tout de suite à la base du cou un *fin piqueté hémorragique* et des ecchymoses sous-conjonctivales qu'on a aperçues le lendemain quand les paupières ont découvert les globes oculaires. Là aussi il s'agissait de lésions bénignes comme on en voit parfois après des expulsions prolongées.

Si la crépitation neigeuse a dominé la scène dans nos deux cas, pas plus dans l'un que dans l'autre la sonorité à la percussion, signalée par les auteurs qui nous ont précédé ne peut être retenue comme signe positif : BATTLE et POUSSIN n'en parlent pas; dans notre observation elle n'a pas été constatée. Elle peut exister sans doute mais la crépitation neigeuse ne manque jamais et est facile à dépister pour le praticien le moins averti.

Nous avons en plus observé sur la zone emphysémateuse du cou et du thorax un *fin piqueté hémorragique* que ne signalent pas les traités d'obstétrique. Il semble bien qu'on puisse rapprocher ce piqueté des pétéchiies sous-cutanées que KELLER a décrites (loco citato) à la face et au cou. Il observe ce fait plusieurs fois par an à la suite d'accouchements laborieux : « ces pétéchiies sont multiples, très petites, même quelquefois à peine visibles, mais très serrées les unes contre les autres, de sorte que la coloration de la peau surtout vue à quelque distance, prend un aspect bleu-bistré. Jamais ces pétéchiies ne se font pendant la période de la dilatation du

col : par contre elles se forment et augmentent pendant la période d'expulsion. Il est aisé de constater qu'on les rencontre dans les cas où la femme a fortement poussé, où la figure pendant chaque douleur était devenue bleu-violacée, sous l'effort de la congestion énorme survenant à ce moment ». Mais KELLER reconnaît que cette complication bénigne est rare.

« Souvent, dit-il, on les rencontre en associations avec des sugillations sanguines sous-conjonctivales sur les sclères et sur les paupières ». Il n'a jamais observé de troubles de la vue ni de symptômes congestifs du côté des bronches.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Dans tous les cas rapportés, il s'agit de primipares. La rareté de l'emphysème sous-cutané chez la parturiente n'est pas douteuse : on peut en juger par la brièveté des chapitres qui lui sont consacrés dans les Traités ou Manuels d'obstétrique et le petit nombre d'observations publiées. En dix ans, à la Maternité de Lariboisière, nous n'en trouvons qu'un cas ; pendant le même laps de temps à Beaujon on n'en signale aucun cas.

Quand on pense aux 77 observations communiquées par NICAISE à l'Académie de Médecine en 1896, il semble bien que la fréquence des cas d'emphysème sous-cutané chez la parturiente diminue encore. Et cependant les femmes qui accouchent continuent de pousser plus ou moins pour expulser leur enfant. Est-ce parce qu'on a de plus en plus tendance à ne pas laisser se prolonger cette période d'expulsion par des applications de forceps, peut-être plus précoces qu'autrefois ?

Dans le cas de MACÉ, dans celui de BONNAIRE, dans le nôtre, il y eut application de forceps.

Une autre explication est peut-être aussi possible. C'est l'emploi de plus en plus répandu par les praticiens des extraits de post-hypophyse qui renforcent

les contractions utérines lors de l'expulsion, abrègent celle-ci et limitent les efforts de la femme. Et cependant, dans un vieil auteur comme MAURICEAU, qui a vu beaucoup d'accouchements dystociques où les femmes restaient longtemps en travail et étaient souvent épuisées par les efforts provoqués pour accoucher, nous ne trouvons pas trace de la complication qui nous intéresse.

Comment expliquer cet emphysème sous-cutané au moment du travail ? Deux faits ne sont pas douteux : c'est pendant la période d'expulsion qu'il se produit ; il faut admettre la rupture de vésicules pulmonaires et des fissures pleurales. C'est cette dernière raison qui fait soutenir par les auteurs qu'il faut admettre un passé pulmonaire. Or, dans les cas de BONNAIRE et MAURY, de BATTLE et POUS et dans le nôtre, les femmes n'avaient pas de passé pulmonaire ni pleural, du moins connu.

Dans le DEMELIN DEVRAIGNE, nous trouvons : « il s'agit le plus souvent de primipares ayant un passé pulmonaire. Pendant les efforts d'expulsion, il se produit un éclatement d'une ou de plusieurs vésicules pulmonaires, l'air se répand dans le médiastin, dans le cou, parfois même directement dans la paroi thoracique. L'emphysème peut aussi avoir pour point de départ la rupture de dilatations bronchiques.

BRINDEAU est plus formel quant au passé pulmonaire qui en effet semble bien logique, malgré les faits que nous venons de relater et qui s'inscrivent en faux contre cette théorie classique. Il serait peut-

être bien à l'avenir dans un cas semblable, de demander le contrôle de la radiographie qui révélera peut-être des lésions torpides, silencieuses, ignorées.

« Le plus souvent, dit BRINDEAU, il s'agit de primipares ayant un passé pulmonaire et l'on retrouve dans leurs antécédents de la tuberculose, de l'emphysème, une pleurésie.

Le mécanisme de l'emphysème se produit de la façon suivante : sous l'influence des efforts d'expulsion, une ou plusieurs vésicules pulmonaires se rompent et l'air chassé dans le tissu cellulaire sous-pleural, vient gagner le médiastin et de là se répand dans la région du cou. Dans certains cas, l'air peut gagner directement le tissu cellulaire de la paroi thoracique, mais il faut pour cela qu'il se soit produit des adhérences pleurales (DEPAUL).

L'emphysème peut encore se produire par un autre mécanisme : chez certaines femmes prédisposées, l'appareil élastique des bronches et de la trachée est parfois insuffisant et il se forme des dilatations sur le trajet de ces conduits. Ces dilatations se rompant, l'air pourra pénétrer directement dans le tissu cellulaire du médiastin et du cou.

Signalons enfin les cas très rares dans lesquels l'emphysème a eu comme point de départ une plaie de la muqueuse buccale, la femme ayant soufflé de l'air directement dans son tissu cellulaire. »

Ces différents mécanismes sont en effet plausibles. Peut-être, l'emphysème ayant tendance à apparaître d'abord au visage, puis au cou, puis à la partie supé-

rieure (et à celle-ci seulement) du thorax, peut-on admettre que ce seraient le plus souvent le sommet du poumon et le dome pleural qui seraient à incriminer comme point de départ de la rupture qui produit cet emphysème ? En effet, dans les cas récents que nous avons rapportés on n'a trouvé aucun signe stéthoscopique dans le thorax.

Ce qui est encore troublant dans ces mêmes cas, c'est que les efforts d'expulsion n'ont pas été prolongés ni spécialement violents. Dans 3 cas sur 4, il y eut même une application de forceps pour réduire la période d'expulsion. La fragilité particulière des tissus chez certaines femmes dont parle BRINDEAU doit être retenue, car toutes les femmes qui accouchent poussent plus ou moins violemment lors de l'expulsion : or l'emphysème sous-cutané est très rare.

Retenons que l'on a noté un piqueté hémorragique dans notre observation originale.

KELLER fait la même remarque à propos des pétéchie qu'il rapporte après des considérations anatomiques très précises sur le système veineux du cou et conclut : « mais tout ceci n'explique pas encore pourquoi ces pétéchie sont tellement rares, alors que les conditions qui président à leur développement se rencontrent dans un grand nombre d'accouchements. Il n'y a pas d'autre explication possible que d'admettre en outre que ces capillaires superficielles spécialement au niveau de la tête et du cou, présentent dans certains cas un état de fragilité particulière qui

les prédispose à la rupture. Ce n'est que par ce fait qu'on peut concevoir pourquoi dans certains cas ces pétéchies se sont développées et dans d'autres où l'action de la pression abdominale a été au moins aussi forte sinon plus forte encore, cet éclatement des capillaires ne s'est pas produit du tout ».

On ne saurait mieux dire et à défaut d'autre explication plus précise, cette fragilité spéciale des tissus de l'arbre respiratoire et du tissu veineux satisfait l'esprit.

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

Le diagnostic de l'emphysème sous-cutané chez la parturiente est facile. Le début brusque de l'œdème tendu au visage et au cou d'abord est très net pendant la période d'expulsion. La sensation de douleur brusque manque souvent. Il en est de même de la sonorité à la percussion. Le signe pathognomonique consiste dans la crépitation neigeuse à la palpation : celle-ci n'est pas douloureuse. La boursouffure ne dépasse pas les trois ou quatre premiers espaces intercostaux. Comme dans notre cas, un piqueté hémorragique et des pétéchies sous-conjonctivales peuvent compléter le tableau clinique qui ne peut se confondre avec aucun autre syndrome.

Le pronostic est tout à fait bénin malgré l'aspect un peu impressionnant et les signes superficiels insolites observés. Tout rentre dans l'ordre en dix à quinze jours.

TRAITEMENT

Il faut d'abord écourter la période d'expulsion par une application de forceps à la moindre apparition de boursouffure du visage avec crépitation neigeuse.

Le repos au lit forcé pendant les dix premiers jours constitue tout le traitement. Il suffit de rassurer l'accouchée et si c'est nécessaire d'administrer un calmant quelconque. L'allaitement au sein, comme dans notre cas, peut très bien se faire comme si rien d'anormal n'était survenu.

CONCLUSIONS

L'emphysème sous-cutané chez la parturiente est très rare. On l'observe chez des primipares avec ou sans passé pulmonaire ou pleural.

Il se produit au moment de l'expulsion et, apparaît, souvent sans douleur brusque dans le thorax et le cou, d'abord au visage puis au cou, puis à la partie supérieure du thorax. Il peut s'accompagner de pétéchies sous-conjonctivales et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La crépitation neigeuse au palper en est le signe pathognomonique.

Si l'emphysème apparaît avant la fin de l'expulsion, il faut hâter celle-ci par une application de forceps.

Le repos au lit avec ou sans calmant constitue le traitement.

Vu, Le Président de thèse,

COUVELAIRE.

Vu, Le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BATTLE (R.) et POUS (L.). — *Soc. obstétricale et gynécologique de Montpellier*, 23 fév. 1939.
- BONNAIRE et MAURY. — *Soc. d'obst. de Paris*, 21 juin 1900.
- BOUTEILLER. — *Progrès médical*, 8 août 1896.
- BRINDEAU. — *La Pratique de l'Art des Accouchements*, 1927.
- DÉMELIN-DEVRAIGNE. — *Manuel de l'Accoucheur*, 1924.
- HERMAN. — *Zeitsch. f. geb. u. gyn.* B. LIII-11-3, p. 503.
- KELLER. — *Soc. d'obst. et de gyn. de Strasbourg*, 6 février 1932.
- TARNIER BUDIN. — *Traité d'accouchements*.

